

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

7

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis NOBLET

Né à Signy-l'Abbaye (Ardennes), le 22 Juillet 1888

LA PUBIOTOMIE chez les Primipares

Technique à suivre
pour la leur rendre applicable

Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, Professeur



PARIS

Alfred LECLERC, Editeur

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1912

7

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1912

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

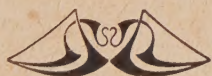
Louis NOBLET

Né à Signy-l'Abbaye (Ardennes), le 22 Juillet 1888

LA PUBIOTOMIE chez les Primipares

Technique à suivre
pour la leur rendre applicable

Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, Professeur



PARIS

Alfred LECLERC, Editeur

10, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 10

1912

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. D. LANDOUZY
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	NICOLAS
Physiologie.....	CH. RICHTER
Physique médicale.....	WEISS
Chimie organique et chimie générale.....	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générale.....	ACHARD
Pathologie médicale.....	WIDAL
Pathologie chirurgicale.....	TEISSIER
Anatomie pathologique.....	N.
Histologie.....	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.....	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.....	HARTMANN
Thérapeutique.....	POUCHET
Hygiène.....	MARFAN
Médecine légale.....	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.....	LETULLE
	ROGER
	DEBOVE
Clinique médicale.....	LANDOUZY
	GILBERT
	CHAUFFARD
	HUTINEL
Maladies des enfants.....	GILBERT BALLET
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	DEJERINE
Clinique des maladies du système nerveux.....	PIERRE DELBET
Clinique chirurgicale.....	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.....	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.....	N.
	BAR
Clinique d'accouchement.....	PINARD
	RIBEMONT DES
	SAIGNES
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.....	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZAR	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL PIERRE	LEQUEUX	REITTERER
BRANCA	GOUGEROT	LERI	RATHERY
BRINDEAU	GREGOIRE	LEPER	RICHAUD
BROCA ANDRÉ	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET ANDRÉ	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE MARCEL	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE
DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ARRIÈRE GRAND-PÈRE
LE DOCTEUR CELSE PANIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE REIMS

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE
LE DOCTEUR ALPHONSE PANIS
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE REIMS

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES

*Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris*

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE BOVIS

*Professeur de Gynécologie et d'Obstétrique à l'Ecole
de Médecine de Reims
Chirurgien-adjoint des Hôpitaux de Reims*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

DE PARIS ET DE REIMS

Introduction

Depuis que *Léonardo Gigli* (de Florence), en 1894, a fait connaître tout le parti que l'on pouvait tirer de la section latérale du pubis, pratiquée au moyen d'un fil-scie de son invention, dans l'accouchement dystocique par rétrécissement du bassin, la pubiotomie — encore appelée hébotomie, hébostomie ou hébostéotomie — a connu des heures glorieuses.

Dans maintes cliniques, elle a détrôné la symphyséotomie, dont elle avait les mêmes indications, en se présentant comme une opération parfois plus facile à exécuter, et surtout moins dangereuse.

En Italie (où la 1^{re} pubiotomie, suivant la méthode de Gigli, fut pratiquée par *B. Bonardi*, le 7 mai 1897), en France (où notre maître, *M. le Dr de Bovis*, en publia le premier deux observations, bientôt suivies de celles de *MM. Bar, Porach, Macé, Audebert, Fabre* et *Commandeur*), en Allemagne, en Angleterre, en Suède, en Russie, de nombreux accoucheurs étudièrent et pratiquèrent cette nouvelle opération.

De 1904 à 1909, elle fut à l'apogée de sa vogue, puis peu à peu, sans doute parce qu'elle n'avait

plus l'attrait de la nouveauté, mais aussi parce qu'elle avait déçu certains accoucheurs qui avaient fondé sur elle trop d'espérances, elle fut reléguée à un rang plus modeste ; grâce aux progrès toujours croissants de la chirurgie, l'opération césarienne (en particulier ses nouveaux procédés décrits sous le nom d'accouchements supra-symphysaires) entrain de plus en plus dans la pratique courante et prenait le pas sur la pubiotomie.

« A l'heure actuelle, surtout dans notre pays, le vent souffle à l'opération césarienne : c'est élégant, c'est propre, c'est chirurgical. »

« Hors le cas de rétrécissement trop accusé — la limite inférieure extrême de la pubiotomie est un diamètre conjugué vrai de 6 cm. 75 — *elle ne doit cependant pas prendre la place des pelvitomies.* »

« Faite à l'heure d'élection — avant la rupture de la poche des eaux — l'opération césarienne n'offre, il est vrai, qu'un danger minime. Il est pourtant supérieur à celui d'une pelvitomie exécutée dans les mêmes conditions d'asepsie.

« Pratiquée après la rupture de la poche des eaux, l'opération césarienne devient beaucoup plus grave. Elle oblige à recourir à l'opération de Porro ou au drainage. Mais le Porro est un pis-aller et le drainage laisse derrière lui des adhérences qui font craindre pour l'avenir les mêmes dystocies que la ventro-fixation. La pubiotomie n'expose par elle-même à aucun de ces dangers.

« Dans les deux cas enfin — césarienne d'élection

ou césarienne de nécessité — il reste une cicatrice utérine qui, maintes fois déjà s'est rompue lors d'un accouchement ultérieur. La chose est surtout à prévoir pour les hystérotomies suivies de drainage car, dans ce cas, la soudure utérine risque bien de n'être pas linéaire.

« Quant aux nouveaux procédés d'opération césarienne, vantés depuis peu et généralement désignés sous le nom d'accouchements supra-symphysaires, ils laissent en entier le danger de la cicatrice *utérine* ; bien plus ils la rejettent sur la région la plus fragile de l'utérus : le segment inférieur. »

Nous savons cependant que les dangers de rupture utérine au niveau d'une cicatrice ont été très exagérés ; devenus beaucoup moins redoutables depuis que la suture de l'utérus a reçu ses derniers perfectionnements, ils ne sont cependant pas absolument chimériques et il est bon d'en tenir compte.

Il semble qu'on pourrait invoquer en faveur de la pubiotomie la possibilité, démontrée par plusieurs observations, pour une femme pubiotomisée d'accoucher spontanément lors de grossesses ultérieures ; c'est un avantage, mais peut-être ne serait-il pas incontesté.

D'ailleurs, toutes les discussions n'empêcheront pas qu'à côté de la césarienne, la pubiotomie n'occupe une place honorable parmi les opérations obstétricales, l'une et l'autre ont leurs indications et nous n'avons pas à en faire ici la comparaison.

Si cependant nous avons rapproché la césarienne

de la pubiotomie, ce n'est pas sans raison. Nous nous proposons en effet dans ce travail d'étendre un peu, aux dépens de la césarienne, les indications de la pubiotomie et de faire pencher, dans certains cas douteux, la balance en faveur de cette dernière.

M. le Prof^r *Fabre* nous dit, dans son Précis d'Obstétrique : « Les mauvais résultats obtenus chez les *Ipares*, dans les bassins purs de moins de 8 centimètres de diamètre utile, restraignent sensiblement les indications opératoires et sont le principal inconvénient de la pubiotomie. » Il est certain qu'une grossesse, dans un bassin de moins de 8 centimètres, relève de la césarienne ; tout au plus pourrait-on légèrement abaisser cette limite. Au contraire, nous pensons que la primiparité ne doit pas détourner de la pubiotomie.

Les mauvais résultats dont parle M. *Fabre*, ce sont les *déchirures des parties molles* ; elles surtout font de la section du pubis une opération plus grave chez les primipares que chez les multipares ; c'est elles qu'il faut combattre et, lorsque la crainte de les produire aura disparu, il semble que, vis-à-vis de la pubiotomie, primipares et multipares seront sur le même rang.

C'est donc sur elles que dans ce travail nous voulons particulièrement insister, nous proposant, après en avoir rapidement étudié la fréquence et le mécanisme, d'indiquer une technique que nous estimons capable de les éviter en maintes circonstan-

ces et de permettre ainsi aux Ipares elles-mêmes de bénéficier de cette intervention.

Nous avons fait de larges emprunts aux articles que M. le Professeur *De Bovis* a fait paraître sur la Pubiotomie, surtout en ce qui concerne la technique, car celle que nous exposons lui est particulière. Gardant le meilleur souvenir de son accueil à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Reims, nous le remercions bien vivement de nous avoir indiqué ce sujet de thèse et prodigué ses conseils et ses encouragements.

Daigne aussi M. le Professeur Ribemont-Dessaignes recevoir le sincère hommage de notre reconnaissance et nos respectueux remerciements pour nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Les déchirures des parties molles chez les Primipares et les Multipares

Bien que la section latérale du pubis présente sur la symphyséotomie d'incontestables avantages, nombreux sont cependant les accidents que l'on peut observer au cours ou à la suite de cette opération.

MM. *Jeannin* et *Cathala* (L'OBSTÉTRIQUE. Octobre 1908) nous en ont donné la liste détaillée.

Ils les divisent en :

PRÉCOCES : hémorragies,
 thrombus,
 déchirures vulvo-vaginales,
 lésions urinaires (vessie-urèthre),
 accidents infectieux,
et ELOIGNÉS : impotence fonctionnelle,
 déviations et prolapsus génitaux,
 incontinence d'urine,
 sciatique persistante,
 hernies inguinales.

La plupart de ces accidents, tels que les thrombus, les déviations et prolapsus génitaux, l'incontinence d'urine, ne se rencontrent heureusement que dans de rares observations.

Bien autrement fréquentes au contraire sont, avec

les hémorragies, les lésions du *vagin*, de la *vulve*, de la *vessie* ou de l'*urèthre*. La littérature médicale n'est que trop riche en déchirures plus ou moins étendues de ces organes, portes ouvertes à l'infection, facteurs sérieux de gravité dans la pubiotomie.

Quant aux hémorragies, plus ou moins abondantes, elles « constituent l'accident le plus banal au cours de la pubiotomie ». Elles reconnaissent « comme causes principales, les blessures de la vessie, les lésions du plexus de Santorini et surtout celles de la racine du clitoris » (1). Nous ne nous y arrêterons pas, car elles ne sont pas plus à craindre chez les primipares que chez les multipares.

Il n'en est pas de même des déchirures vaginales, vulvaires, vésicales ou uréthrales qui, relativement rares chez les multipares (*Zangemeister*, au Congrès de Dresde, en 1907, en estimait la fréquence à 7,5 %), sont au contraire l'accident le plus redouté de la pubiotomie chez les Ipares.

Les accoucheurs qui ont quelque pratique de la pubiotomie sont unanimes à reconnaître que l'état de la filière pelvi-génitale, chez les femmes qui enfantent pour la première fois, est, dans l'accouchement après la pelvitomie par le procédé de Gigli, la

(1) La technique opératoire de M. le Prof. de Bovis, dont nous préconiserons tout à l'heure l'usage pour parer au danger de déchirure, aura en outre l'avantage de rendre les hémorragies sérieuses beaucoup plus rares, en mettant à l'abri des lésions clitoridiennes.

cause essentielle des déchirures (1). Peut-on s'en étonner d'ailleurs ? Tout le monde sait avec quelle facilité accouchent les grandes multipares, avec quelle difficulté au contraire et quelle peine accouchent certaines primipares. Cette différence, que de multiples raisons expliquent, s'accroît encore lorsqu'on considère l'accouchement après pubiotomie.

Sectionnez le pubis chez deux femmes dont le bassin présente une exiguité moyenne ; l'une est enceinte pour la première fois, l'autre est au terme de sa 3^e grossesse. Chez toutes deux, faites ensuite une application de forceps sur la tête au détroit supérieur ; d'une part et de l'autre, les diamètres fœtaux sont sensiblement égaux. Négligeant la parité, il semble donc que vous vous trouvez dans des conditions analogues. Procédez à l'extraction, faites-la avec une égale lenteur, prenez pour l'une et l'autre les mêmes précautions : chez la tertipare, vous avez toutes chances d'extraire un enfant vivant sans observer chez la mère aucun accident ; chez la primipare, l'enfant naîtra vivant aussi, ou du moins dans un état d'asphyxie légère facile à dissiper, mais, même si l'extraction en a été beaucoup plus lente et plus soignée que chez sa compagne, vous aurez les plus grandes chances d'observer une déchirure de

(1) Je passe intentionnellement sous silence les lésions des parties molles, en particulier de la vessie, produites par l'opération au moment de l'introduction de l'instrument qui doit servir de conducteur au fil-scie. Les Ipares n'y sont pas plus exposées et la méthode sous-périostée les rend exceptionnelles.

la vessie ou de l'urèthre, plus souvent du vagin ou de la vulve de votre parturiente, déchirure parfois limitée à l'un de ces organes, pouvant cependant intéresser plusieurs d'entre eux, ordinairement en ce cas la vessie et le vagin.

La « parité » est donc pour quelque chose dans ces accidents. Tandis que les « tissus souples » de la multipare font preuve, sous la pression et la distension par la tête fœtale, d'une élasticité surprenante, chez la primipare, surtout chez celle qui « outre un bassin infantile présente encore de l'hypoplasie des organes génitaux avec étroitesse du vagin et du périnée », il est rare que les mêmes tissus, « rigides » et non soutenus, résistent sans se rompre à la distension et aux tiraillements.

Comme on le voit par cette comparaison qui résume la généralité des cas, chez les multipares, la pubiotomie pratiquée dans les conditions requises donne ordinairement de bons résultats ; nous ne nous attarderons pas à en montrer chez elles les avantages ; d'ailleurs ils sont à peu près incontestés.

Dans bien des cas, les accoucheurs hésitent, au contraire, à pratiquer cette opération chez les primipares et lui préfèrent la césarienne. On le comprend lorsqu'on a sous les yeux les observations de pubiotomies chez les primipares ; chez elles, la déchirure, loin d'être une exception, est extrêmement fréquente. Bien qu'elle n'ait pas habituellement de conséquences très graves, il faut cependant compter avec

elle et la redouter puisqu'elle a sa part dans la mortalité encore élevée de la pubiotomie.

La volonté de l'éviter est la cause essentielle de la désaffection des accoucheurs à l'égard de cette opération chez les primipares.

La primiparité contre-indication à la Pubiotomie

Dès 1906, *Porach*, après avoir publié cinq observations de pubiotomies, nous dit : « Pour les deux pubiotomies qui ont été pratiquées chez des primipares, des déchirures étendues du vagin ont été produites... Je pense donc que si on se trouve en face de primipares, il faut les faire accoucher prématurément et ne recourir à la pubiotomie et surtout à la symphyséotomie que si on ne peut faire autrement. Je persiste à soutenir la conclusion que j'ai soutenue dans un mémoire très ancien que j'ai écrit sur la symphyséotomie, à savoir que la primipare constitue une contre-indication dont il faut tenir compte, aux opérations qui ont pour but l'élargissement du bassin. »

En 1910, c'est M. le Professeur *Rouvier* (d'Alger) qui, au Congrès de Toulouse, à propos d'un travail de M. le Docteur *Martel*, fait cette réflexion : « M. *Martel* semble redouter les traumatismes génitaux (du vagin et de la vulve dans les hébotomies). Cette affirmation me paraît trop absolue. L'auteur a omis de distinguer à ce sujet les primipares des multipares. L'expérience a, en effet, démontré que les lésions ci-dessus signalées ne se rencontrent guère

que chez les Ipares. En ne pratiquant cette opération que chez les multipares, on est donc à peu près sûr d'éviter de pareils traumatismes. »

M. le D^r *Fabre* pense de même. Dans son PRÉCIS D'OBSTÉTRIQUE, il précise ainsi les indications de la pubiotomie : « L'état des parties molles est une question des plus importantes dans la pubiotomie. Il est nécessaire que les parties molles soient souples, que le col ne s'oppose pas par sa résistance au passage de la tête, car des déchirures graves sont à craindre ; à partir du moment où l'écartement atteint et dépasse 5 centimètres, ces déchirures portent sur le vagin et mettent le trait de sciage de l'os en rapport avec la cavité vaginale ; elles peuvent porter sur le segment inférieur et l'intéresser, ou sur le canal vaginal et la vessie.

« Or, chez les Ipares, cet état de souplesse n'existe presque jamais ; chez les multipares, par contre, la souplesse des parties molles est la règle, à moins que pendant les accouchements antérieurs il se soit produit des déchirures dont les cicatrices exposent à des ruptures des téguments.

« La pubiotomie est donc indiquée chez les multipares, dans les bassins généralement rétrécis et dans les aplatis et généralement rétrécis dont le diamètre antéro-postérieur est de plus de huit centimètres. »

A ces opinions autorisées, nous pourrions ajouter l'expérience de beaucoup d'autres observateurs,

mais ce serait, nous le pensons, peine inutile, car personne ne les contestera.

Citons seulement encore quelques lignes de divers partisans de la pubiotomie à l'étranger :

« Lors d'une opération exclusivement entreprise dans l'intérêt de l'enfant, dit le P^r *Lange* (de Posen), il faut éviter autant que possible tout danger à la mère. Partant de ce point de vue, j'ai exclu d'abord de la pubiotomie tous les cas suspects d'infection. De plus, par principe, j'ai évité cette opération chez les Ipaes, parce que chez elles, on peut bien éviter, par l'incision de la paroi du vagin, les ruptures basses, mais non celles de la partie du vagin supérieure à l'incision. »

Ph. Yung s'est institué une semblable règle de conduite : « J'ai toujours évité l'hébotomie chez les Ipaes, car j'estime que le danger de déchirer les parties molles est trop grand. »

Döderlein dont la manière de voir a été exposée par *Baisch* dans l'un des derniers Congrès Internationaux, a renoncé à pubiotomiser des primipares et fait de la Iparité une contre-indication à la pubiotomie.

M. Saladino n'est pas aussi intransigent ; pour lui, « l'état de Iparité est une condition moins favorable à l'exécution de l'hébotomie par le fait de la difficulté plus grande qu'oppose (à l'extraction) l'étroitesse des parties molles du canal génital, mais non une contre-indication. »

Quoiqu'il en soit, pour les raisons que ces accou-

cheurs invoquent, bien souvent les primipares sont
privées du bénéfice d'une pelvitomie.

Fréquence des déchirures des parties molles chez les Primipares

Envisageant tout à l'heure le cas d'une Ipare, à rétrécissement moyen du bassin, accouchant au forceps d'un enfant de volume moyen après une pubiotomie, nous disions avoir les plus grandes chances d'observer une déchirure portant sur les parties molles distendues et tiraillées par la tête fœtale.

Sans prétendre le moins du monde faire une statistique en règle, collectant un peu au hasard de nos lectures des observations de pubiotomie chez des Ipares, voyons quelle est la fréquence approximative des lésions que l'on a le plus souvent à regretter.

Au Congrès de DRESDE, en 1907, *Zangemeister* estimait à 31 % la proportion des déchirures vaginales chez les Ipares ; il nous semble que cette proportion reste au-dessous de la réalité et qu'elle pourrait facilement être augmentée.

Voici les résumés très succints des observations que nous avons relevées :

1. 1902.

I. 1902. *Prof. Scarlini* (Siena). — Ipare, 30 ans, C. V. : 8 à 8,5 — forceps — pas de déchirures.

Enfant : 3050 gr.

2. 1904. *Döderlein*. — Ipore, 23 ans. C. V. : 9 c. Forceps. Enf. : 3670. Pas d'accidents, sauf légère hémorragie.

3. 1904. *Döderlein*. — Ipore, 19 ans. C. V. : 7, 7. Forceps. Enf. : 3080. Hémorragie moyenne à la section. Hématome.

4. 5. 1905. *Porach*. — 2 cas avec des déchirures étendues du vagin.

6. 1905. *Résinelli* (Clin. de Parme). — 1 cas. Une déchirure du vagin pendant l'extraction.

7. 1906. *Guicciardi*. — Ipore, 26 ans. Enf. : 3030. Déchirure vaginale pénétrante et propagée à la grande lèvre. Abondante hémorragie.

8-9. 1906. *Saladino*. — 2 cas, pas de déchirure, mais incisions préventives vagino-périnéales.

10 à 21. 1906. *Kannegiesser* (Clin. de Léopold). — 11 cas chez des Ipores.

Il note : une importante déchirure, intéressant le vagin, la vessie, l'urèthre et suivie d'une fistule vésicale.

— Une déchirure du vagin communicante, accompagnée de contusion vésicale.

— Une lésion de la vessie avec hématurie.

— Deux hématomes des grandes lèvres.

— Plusieurs hémorragies assez abondantes.

21 à 27. 1906. *Hocheisen* (Clinique de Bumm). 6 cas chez des Ipores.

Il note :

O. 1. — Une déchirure latérale du clitoris, suivie

d'une hémorragie sérieuse — dans ce cas, une épisiotomie préserve d'une déchirure vulvaire.

O. 5. — Une déchirure du vagin, longue de 3 centim. non pénétrante, très voisine de l'urèthre.

O. 7. — Une forte déchirure du vagin ; dans la blessure apparaît la paroi antérieure de la vessie. Hémorragie assez abondante par lésion des racines du clitoris, épisiotomie.

O. 9. — Une grande déchirure pénétrante (vagin très étroit).

O. 10. — Une épisiotomie.

27. 1906. — *Giuseppe Trotta*. — Ipore. 24 ans. Forceps. Lacération bilatérale du col dans sa portion sus-vaginale. large lacération de la paroi vaginale antérieure à travers laquelle apparaît la vessie mise à nu. Enf : 3.200.

28. 1906. *Henkel*. — Ipore, 22 ans. C. V. : 7,5. Forceps. Enf. : 2.250.

Déchir. du vagin ; Incontinence d'urine (sans fistule).

29-30. 1907. *Audebert et Gilles*. 2 cas.

Pas de déchirure dans le premier.

Une déchirure vaginale communicante dans le 2°.

31. 1907. *Paladini*. — 1 cas.

Légère déchirure périnéale ; vagin intact.

32. 1907. *Bertino* (Clin. de *Rosinelli*). — Ipore, 24 ans.

P. s. P. : 9, 5. Enf. : 3050.

Vagin intact ; déchir. du col et du périnée.

33. 1907. *Résinelli*. — Ipare, 25 ans. Enf. : 2.850.

Lésion vésicale légère, traduite par hématurie.

34. 07. *Résinelli*. — Ipare, 24 ans. Bass. obl. ovalaire.

Déchirure périnéale. Enf. : 3210.

35 à 38. 1907. *Bürger*. — 3 cas (sur 22 pubiot.)

1° 23 ans, C. V. : 7 cm. — Déch. du vagin communiqu. Enf. : 2350.

2° 27 ans ; C. V. : 8. — Déch. du vagin, voisine du paramétrium. Enf. : 3100.

3° 28 ans ; C. V. : 7,8. — Déch. du vagin et du col, non communiqu. Enf. : 3.000.

38. 1908 *Oliva* (Genova). — Ipare, 35 ans. C. V. : 7,6. Bons résultats.

39 à 43. 1908. *Karaki*. — 4 cas de *Von Winkel*.

0.4. — Déch. du vagin communicante.

0.7. — Déch. du vagin communicante, plus une déchirure de l'urèthre.

0.9. Déch. du vagin et du périnée.

Dans la 4°, pas de déchirure.

43. 1908. *Ferroni*. — Ipare, 25 ans. C. V. : 7,7.

Forceps. Enf. : 3140.

Hémorragie par inertie : tamponnement.

Intégrité des parties molles.

44. 1909. *Commandeur* : 1 cas. — Déchir. de la paroi antéro-latérale gauche au niveau de la section.

45. 1909. — *Vanverts et Paucot*. — 1 cas. Déchirure longitudinale du vagin sur une longueur de

4 cent. au niveau de l'arête tranchante du pubis sectionné.

45 à 56. 1909. *Canton*. — 11 cas (sur 24 pub.).

Sur ces 11 observations, on note :

o.2. — Déchirure de la paroi antéro-supér. du vagin intéressant la vessie.

o.6. — Déch. vulvo-périnéale étendue, remontant vers la paroi antér. du vagin, jusqu'au fond du cul-de-sac qui entre en communication avec la vessie sur une étendue de 2 centimètres.

Fistule vésico-vaginale consécutive.

o.7. — Déchir. périnéale.

o.9. — Déchir. vulvo-vaginale.

o.13. — Hémorragie assez abondante de la plaie opératoire.

o.17. — Déchir. vaginale communicante.

56. 1910. *Brandt*. — 1 cas (sur 9).

Pas de déchirure.

57 1910 *Grôné* (Suède). — Ipares, 22 ans.

Grande déchirure communicante du vagin.

58-59-60. *Recasens* (Madrid). — 3 cas.

Le 1^{er} sans accident.

2° Hémorragie à la section. Déchirure de la paroi supérieure du vagin au niveau de la ligne de section.

3°. Déchirure vaginale étendue. Incontinence d'urine qui guérit spontanément en peu de temps.

Nous avons donc pu réunir 60 OBSERVATIONS DE PUBIOTOMIE CHEZ DES IPARES ; la plupart font partie

de séries nombreuses où les multipares sont une grande majorité.

Sur ces 60 cas, nous observons :

2 lésions du vagin, de l'urèthre et de la vessie,

1 du vagin et de l'urèthre,

4 du vagin et du périnée,

2 du vagin et du col,

1 du col et du périnée,

18 déchirures simples du vagin,

3 du périnée,

3 hématomes,

2 fistules vésico-vaginales, consécutives à une déchirure de la vessie.

Trente-quatre cas de pubiotomie sur 60 ont donc été compliqués de quelque accident : encore ai-je passé sous silence les hémorragies qui ont été quelquefois abondantes, l'incontinence d'urine qui 2 fois, s'est produite et les contusions vésicales (2 cas) suivies d'hématurie : c'est là un triste bilan.

En totalisant les *déchirures du vagin*, nous constatons que 27 parturientes ont eu à souffrir de *cette complication* ; elle est donc survenue dans la *proportion de 45 fois pour 100*, sensiblement supérieure à celle établie par Zangemeister (31 %).

Mécanisme des déchirures des parties molles

Comme nous venons de le voir en analysant les observations ci-dessus rapportées, la déchirure vaginale se produit *habituellement* au niveau de la section osseuse, communique donc avec la plaie cutanée et revêt, de ce fait, une particulière gravité.

La vessie se rompt au même niveau que le vagin et ceci résulte du mécanisme même de la rupture vagino-vésicale. La déchirure se produit en effet sous l'influence de l'écart osseux et la dilatation obstétricale des parties molles est innocente de ce méfait. Comment pourrait-on l'en accuser ?

Les conditions de progression de la tête fœtale ne sont-elles pas sensiblement les mêmes ici que dans l'accouchement sans pubiotomie, spontané, au forceps ou par version ? Or, dans ces cas, même chez les Ipares âgées, exceptionnelles sont les déchirures de la vessie et bien rares celles du vagin.

Nous savons bien cependant que dans un certain nombre de bassins rétrécis justiciables de la pubiotomie, le vagin et le périnée sont insuffisamment développés ; leur étroitesse favorise certainement les déchirures, mais nous croyons que, grâce aux modifications apportées par la grossesse aux organes pelviens, le vagin dans la majorité des cas, pourrait

se distendre sans se rompre si l'écartement des os ne venait déchirer les fibres ligamenteuses d'insertion du vagin ou de la vessie au pubis.

Des observateurs ont d'ailleurs constaté que la déchirure se produit avant que la tête arrive sur le périnée, ce qui n'a jamais lieu dans l'accouchement sans pubiotomie.

Sans incriminer la dilatation obstétricale des parties molles, nous pouvons expliquer la rupture vagino-vésicale par de simples considérations anatomiques.

Rappelons d'abord rapidement l'ANATOMIE DE LA RÉGION qui nous intéresse.

« La portion du pubis comprise entre la symphyse et le trou obturateur n'est recouverte en avant par aucun organe important. » Sur cette surface osseuse viennent s'épuiser les fibres tendineuses d'insertion de nombreux muscles : grand droit, droit interne, moyen et grand adducteur, pectiné.

Sur le bord supérieur de l'os s'insèrent les expansions aponévrotiques des muscles de l'abdomen, l'arcade crurale et le muscle grand droit.

Le bord inférieur du pubis est en rapport avec un organe important : *le corps caverneux du clitoris*. Long de 4 à 5 centimètres, il naît par des attaches très solides à la partie moyenne de la face interne des branches ischio-pubiennes, à peu près à égale distance de la tubérosité ischiatique et du sommet de l'arcade sous-pubienne. Longeant ces branches, et recouvert par le muscle ischio-caverneux, il se

porte en avant, en dehors et en haut, pour constituer avec son homologue du côté opposé le corps du clitoris.

En arrière, le pubis a des rapports extrêmement importants et ce sont ceux qui nous intéressent surtout : il répond à la vessie dont le séparent les grosses veines du *plexus vésical*, à l'*urèthre* et au *vagin*.

Par l'intermédiaire de l'aponévrose supérieure du diaphragme pelvien, renforcée de l'aponévrose obturatrice, il contribue à soutenir ces différents organes. Le ligament pubo-vésical médian, les ligaments pubo-vésicaux latéraux, des ligaments pubo-vaginaux qui sont avec l'arcus tendineux des dépendances de la première de ces aponévroses, servent à leur fixation.

Vessie, vagin, urèthre se prêtent d'ailleurs un mutuel appui ; le vagin s'accole à la vessie, au niveau de son bas-fond et de la région du trigone, d'autant plus étroitement qu'il se rapproche de l'urèthre ; plus bas, il est uni à l'urèthre par un tissu cellulaire très dense.

L'union de la vessie au vagin, ordinairement très relâchée chez les multipares, mais parfois peu modifiée surtout chez les primipares, explique la propagation de certaines déchirures vaginales à la vessie et la possibilité de fistules vésico-vaginales ; celle du vagin à l'urèthre rend compte de certaines lésions de ce dernier organe, produites par propagation d'une déchirure voisine dans la pubiotomie.

« Ainsi donc que l'ont rappelé, avec fort peu de

succès d'ailleurs, M. Tandler et M. Walcher, l'angle sous-pubien et les deux tiers supéro-internes des branches descendante du pubis et ascendante de l'ischion donnent attache au ligament sous-pubien (arcuatum), aux fibres des aponévroses du périnée, à celles du muscle transverse profond, aux gaines fibreuses des corps caverneux du clitoris et, directement ou indirectement, aux parois antéro-latérales du vagin.

« Rompre la ceinture pelvienne près de la symphyse, c'est donc s'exposer presque à coup sûr au diastasis de ces fibres et par suite aux déchirures de la portion adhérente du vagin, sans parler de la formation ultérieure d'une cystocèle. On court enfin le danger de divulser les fibres du ligament pubo-vésical et, par suite, de déchirer la vessie. »

La *section osseuse de Gigli* qui, de l'angle du pubis, se dirige en bas et en dehors jusqu'au tubercule sous-pubien — *celle de Calderini*, qui part de un centimètre en dedans de l'épine pubienne et descend presque verticalement, parallèle au sillon génito-crural, vers le tubercule sous-pubien — et *celle de Van de Velde* qui, plus externe encore, oblique en bas et en dedans, va de l'épine du pubis au tubercule sous-pubien, ont toutes trois, bien qu'à des degrés différents, les mêmes inconvénients au point de vue des déchirures du vagin et de la vessie.

La section du pubis faite, suivant ces tracés, à la scie de Gigli, porte en effet sur une région osseuse

en rapport plus ou moins immédiat avec les organes que l'on redoute de léser.

Quand donc, les lèvres de la section osseuse s'écartent, elles entraînent d'un côté et de l'autre les insertions qu'elles portent.

Comme on a pu le constater, tant que l'écartement osseux ne dépasse pas cinq centimètres, la laxité des parties molles, accentuée sous l'influence de la grossesse, évite habituellement que les tiraillements qu'elles subissent aient une influence néfaste. Au-delà de cette limite, la tension exercée par leurs attaches ligamenteuses sur les parois du vagin et de la vessie égale, puis dépasse leur résistance, le vagin ou la vessie, l'un et l'autre parfois se fissent alors et se rompent.

L'absence de soutien qui résulte de la division de la ceinture pelvienne, sur un point de sa surface en rapport assez immédiat avec la vessie et le vagin, joue aussi un rôle important dans les déchirures de ces organes. Dans la symphyséotomie, ce rôle était très manifeste; bien que la section latérale ait « l'avantage de laisser à la partie antérieure du bassin une paroi capable de soutenir pendant l'extraction les parties molles et de limiter leurs déchirures » (Bar), même dans la pubiotomie habituellement pratiquée, ce rôle n'est cependant pas négligeable, d'autant moins que certains accoucheurs, dans le but de faciliter l'opération, se laissent entraîner à scier le pubis très près de la symphyse.

A côté de ce mécanisme de rupture par distension

exagérée et manque de soutien, il semble qu'il en existe un autre, très net dans quelques cas de lésions vaginales. La paroi du vagin, pendant l'engagement et la descente de la tête fœtale, se trouve serrée entre cette tête et le pubis ; elle tend à se déprimer un peu en dehors au niveau de la brèche osseuse, entre donc en contact intime avec l'*arête dure et tranchante* que forme le bord interne de la partie du pubis restée adhérente à la symphyse et. au niveau de cette arête, à la faveur des frottements, finit par se déchirer. La discision du vagin se fait ici plutôt par coupure que par éclatement.

De l'étude du mécanisme qui explique les déchirures des parties molles, nous pouvons conclure que dans la pubiotomie, *ces lésions sont dues à la proximité trop grande du trait de scie de la ligne médiane*. Chez les multipares, la laxité des parties molles masque souvent, mais non toujours, les inconvénients de cette section osseuse ; chez les primipares, au contraire, ces inconvénients sont à leur maximum.

Que faire pour y remédier ? Tout simplement reporter le trait de scie plus en dehors, au-delà des fibres ligamenteuses qui établissent entre le pubis d'une part, la vessie, l'urèthre et le vagin d'autre part, des rapports plus ou moins immédiats. M. le Professeur de Bovis l'a bien compris et mettant à profit l'expérience de ses deux premières opérations, a établi la technique opératoire que nous allons maintenant exposer.

Technique employée par M. le Docteur de Bovis pour la Pubiotomie

La conduite de l'opération dépend de la direction de l'ostéotomie et celle-ci doit répondre aux conditions suivantes :

L'EXTREMITÉ SUPÉRIEURE *de la section osseuse* doit être aussi éloignée que possible de la ligne médiane (pour les raisons que nous donnions tout à l'heure) ; cependant, comme l'a montré Gigli, elle doit se trouver en dedans de l'épine du pubis, sinon l'arcade de Fallope, les piliers de l'anneau inguinal ou le ligament de Gimbernat se trouvent disjoints par l'écart des fragments pelviens et il en résulte une hernie (des exemples le prouvent).

L'EXTREMITÉ INFÉRIEURE de l'incision doit aboutir « en dehors des insertions des racines du clitoris, afin d'éviter la déchirure et les hémorragies de cet organe ».

Pour répondre à ces conditions, « *la section osseuse ira du dedans de l'épine du pubis — soit du milieu environ des insertions du muscle grand droit — à l'extrémité inférieure du rebord osseux rugueux sur lequel s'épuisent les fibres d'insertion des jambes du clitoris, c'est-à-dire à l'union du tiers moyen*

et du tiers inférieur des branches descendante du pubis et ascendante de l'ischion. »

Cette ligne d'ostéotomie sera donc très fortement oblique en bas et en dehors.

En réalité, c'est une *ischio-pubiotomie*, mais elle diffère de l'opération de *Farabeuf* par ce fait que le point supérieur et initial de la section osseuse de *Farabeuf* se trouve bien en dehors de l'épine pubienne, à 5 centimètres de la symphyse. Il résulte de cette différence qu'au point de vue de l'agrandissement du bassin, cette section ressemble beaucoup plus à celle de *Gigli* qu'à l'*ischio-pubiotomie* de *Farabeuf*.

Lorsque s'écartent les deux lèvres osseuses d'une semblable section, « *le vagin, la vessie, l'urèthre, le clitoris et ses racines demeurent entièrement attachés à la moitié du bassin qui est intacte, et se déplacent avec elle, en bloc, sans le moindre danger de rupture.* » C'est là le principal avantage de cette section.

« Traversant les insertions du releveur de l'anus très en dehors de la ligne médiane, très loin par conséquent de ces fibres pubiennes dont l'intégrité pour le soutien des organes pelviens est capitale, elle met encore à l'abri des cystocèles et des prolapsus, accidents qui ont été plusieurs fois signalés après les pubiotomies. »

De plus, « elle passe entre les insertions des adducteurs et plutôt en dehors qu'en dedans ; par conséquent, ces muscles tendent à rapprocher les os

plutôt qu'à les éloigner » et après la sortie du fœtus facilitent la coaptation.

« On peut lui reprocher d'être longue ; à notre avis, c'est un nouvel avantage ; l'affrontement osseux n'en sera que plus facile et mieux réussi. »

La parturiente étant donc en position obstétricale, la cuisse gauche, si l'on opère à gauche, étant horizontalement dirigée, en abduction maxima et soutenue par un aide, on fait une *incision parallèle à la branche ascendante de l'ischion* et légèrement au-dessus de son bord libre, plutôt qu'au-dessous, afin de ne pas se rapprocher inutilement de la région ano-vulvaire. Cette incision commence à un travers de doigt au-dessus de l'ischion et mesure 5 centimètres environ (un peu plus ou un peu moins, suivant l'embonpoint du sujet). Son milieu est à peu près de niveau avec la fourchette vulvaire.

On incise tous les tissus, jusques et y compris le périoste du bord inférieur des branches ischio-pubiennes. Une petite artère honteuse a généralement besoin d'être forcipressée.

Une *rugine* courbe — dos en bas et bec en haut — est appliquée sur la lèvre inférieure, épaisse, de l'incision périostique et l'on détache le surtout fibro-périostique du rebord et de la face postérieure de la branche ischio-pubienne. Sur cette face postérieure, le décollement, ou mieux la « tunnellisation » s'opère suivant la direction du futur trait de scie, c'est-à-dire de bas en haut, et de dehors en dedans.

On passe ensuite à la région sus-pubienne. *Sur le*

bord supérieur du pubis gauche, on fait une incision transversale de 4 centimètres, dont le milieu répond au milieu de l'espace séparant l'angle de l'épine du pubis. Les lèvres de l'incision étant bien rétractées, on pratique une boutonnière verticale à la gaine et aux insertions du muscle grand droit. Par cette boutonnière on glisse la rugine courbe, on la fait mordre sur le périoste du bord interne du pelvis et on « tunnellise » de même les parties molles au ras de l'os dans la direction du futur trait de scie. La brièveté habituelle des rugines fait que, de part et d'autre, on reste légèrement en deçà des insertions du releveur de l'anus. Mais, en supposant qu'on eût une rugine plus longue il serait peut-être prudent de ne pas en user, sinon on s'exposerait à lacérer ces insertions beaucoup plus qu'il ne convient pour la solidité du plancher pelvien.

L'emploi de la rugine offre cinq grands avantages : elle réduit l'hémorragie aux minimas proportions d'une hémorragie osseuse ; elle respecte le surtout fibreux des os, lequel s'oppose à un écart trop large et trop brusque des deux moitiés pelviennes ; par là même, elle facilite la consolidation ultérieure des os ; elle réduit au minimum les risques de blessure vésicale ; elle évite enfin les déchirures des vaisseaux et du nerf honteux interne.

Quant aux corps caverneux, nous n'en parlons pas : avec cette ostéotomie, ils restent en entier dans la portion intacte du bassin.

Il faut maintenant sectionner l'os.

Pour conduire sa *scie filiforme* derrière le pubis, *Gigli* avait inventé une sorte de porte-fil ; mais, pour l'ostéotomie, telle que M. de Bovis l'exécute, cet instrument est trop court, sa section osseuse ayant de 7 à 8 centimètres de long. Il serait aisé d'en inventer un de dimensions convenables ; toutefois, ayant trouvé dans son arsenal un clamp dont les dimensions et la courbe le satisfont, il s'en contente. Ce clamp est long (24 centimètres) et très courbe ; son extrémité libre figure le huitième d'une circonférence ayant environ 8 centim. 5 de rayon ; la partie courbe mesure à peu près 7 centimètres de long. Une courbure légèrement plus accusée rendrait l'instrument encore plus maniable.

On introduit un index dans chacune des plaies sus-pubienne et ischio-pubienne. Après s'être assuré qu'elles ne sont plus séparées que par l'épaisseur des releveurs de l'anus, dont le plan oblique se reconnaît aisément, on laisse un index dans l'incision ischio-pubienne et de la main libre, on introduit le clamp avec sa concavité en avant dans la plaie sus-pubienne. Rasant l'os de son bec, on le dirige suivant la direction du futur trait de scie. Il vient buter contre le plan du releveur de l'anus ; l'index inférieur (1) sent le contact du bec du clamp et ne le quitte plus ; on pèse alors sur les anneaux et on perfore le plan du releveur. A ce moment, le clamp re-

(1) A gauche, c'est le droit, à droite, c'est le gauche.

pose à plat sur le ventre de la parturiente et même le déprime un peu : ce n'est pas un inconvénient, car la main ne travaille pas en l'air et court moins le risque d'une échappée.

Après avoir reçu le bec du clamp, l'index inférieur le conduit sous le bord libre de la branche ischio-pubienne. On engage alors entre les extrémités des mors un fil auquel est attaché la scie et on retire le tout.

Le sciage s'opère très obliquement, presque parallèlement au pli de l'aine du côté non opéré ; avant de commencer, on s'assure que dans la plaie ischio-pubienne la scie mord bien sur l'emplacement qu'elle doit entamer. Pendant le sciage, les chefs de la scie sont inclinés d'environ 30° sur le plan des faces de la branche ischio-pubienne.

Deux pinces de Museux sont placées, l'une sur l'angle interne de la plaie sus-pubienne, l'autre sur l'angle inférieur de la plaie ischio-pubienne et les attirent loin de la scie. Chez les sujets très gras, il peut être nécessaire de glisser chacun des chefs de la scie dans un petit tube métallique ou même dans un simple tube de caoutchouc.

Il est difficile de s'apercevoir du moment exact où l'os est entièrement sectionné ; donc, après quatre ou cinq mouvements de va-et-vient, il faut aller doucement et glisser de temps à autre le doigt dans l'incision sus ou sous-pubienne, pour voir où en est la section. Celle-ci achevée, il se produit un écart d'un centimètre environ.

Dès que l'os est sectionné, on fait soutenir les crêtes iliaques par des aides ou l'on serre une ceinture appropriée ; on peut encore faire soulever les deux jambes en l'air, comme le conseille M. Martin. La scie retirée, on tamponne les deux plaies pour éviter leur souillure.

Il ne reste plus alors qu'à *extraire le fœtus*, si la dilatabilité du col le permet. Cette extraction se fera lentement, mais pas plus que pour une application vulgaire de forceps au détroit supérieur. Il en est qui préfèrent la version. Dans les cas limites (diamètre de 6 centim. 75) on pourrait, suivant le conseil de M. Walcher lui-même, recourir à la position de Walcher.

Le fœtus extrait, on fait énergiquement rapprocher les ailes iliaques.

Après la délivrance, on place trois ou quatre sutures, un peu profondes, sur les deux incisions. On draine ou on ne draine pas la plaie ischio-pubienne, suivant le degré de confiance qu'on peut avoir en son asepsie : le drain s'arrêtera en deça du foyer de la fracture.

Le pansement est disposé de telle façon que les compresses vulvaires puissent être changées sans toucher à celles qui couvrent la plaie ischio-pubienne, laquelle occupe à peu près le pli génito-fessier.

La malade est placée dans son lit, les ailes iliaques étant toujours vigoureusement maintenues pendant le transport. Elle repose par ses grands trochanters sur deux gros coussins de sable placés

de chaque côté des hanches : plan du lit et coussins doivent former une véritable cuvette se moulant exactement sur le siège. Les cuisses sont liées au-dessus des genoux, légèrement fléchies, et les jambes reposent sur quelques oreillers au-dessus du plan du lit.

« *Au quinzième jour, on peut faire coucher l'opérée soit à droite, soit à gauche. Au bout de trois semaines, elle peut s'asseoir dans son lit et bientôt après se lever : le cal est déjà suffisamment solide.* »

Comme nous le voyons, d'après cet exposé de la technique opératoire de M. le D^r de Bovis, il s'agit ici d'une pubiotomie partiellement sous-cutanée, du genre de celle de *Doderlein* quant aux incisions. L'emploi de la rugine y ressemble beaucoup à celui qu'en fait M. *Henkel* (de l'Université de Greifswald), qui le premier en a signalé l'utilité. Au contraire, la section osseuse que pratique M. le D^r de Bovis est bien particulière à son procédé.

M. le D^r de Bovis a déjà pratiqué à la MATERNITÉ de l'HOTEL-DIEU DE REIMS, en suivant cette technique, *quatorze pubiotomies*.

Jamais il n'a eu à regretter d'hématome notable, de déchirure vaginale, vésicale ou autre, et cependant, il y avait dans cette série 4 *primipares* — celles dont nous donnons plus loin l'observation — 2 rétrécissements de 6 cm. 75, et l'extraction fut toujours faite séance tenante, sans préparation des parties molles.

M. le D^r MARTEL, chirurgien des hôpitaux de ST-ETIENNE, qui pratique une section osseuse analogue à celle de M. *de Bovis*, a fait dans ces dernières années 20 *hébotomies* (dont plusieurs chez des primipares avec d'excellents résultats) ; nous aurions pu citer ses observations, mais comme il opère ses parturientes dans le décubitus latéral, position à laquelle il attribue une réelle valeur, nous n'avons pas voulu les mêler à celles de M. *de Bovis* pour ne pas altérer la netteté de leurs résultats.

Nous contentant donc de considérer les 14 opérations de la Maternité de Reims et particulièrement les quatre citées plus loin, il nous semble que l'expérience confirme la théorie et que la technique de M. le D^r *de Bovis* diminue considérablement — si elle ne les supprime, ce qu'une expérimentation plus longue pourra élucider — les risques de déchirures des parties molles.

Elle mérite donc d'être recommandée et nous pouvons conclure :

Conclusions

1° La désaffectation générale des accoucheurs à l'égard de la pubiotomie pratiquée chez les Ipares tient à la fréquence des déchirures des parties molles, surtout du vagin et de la vessie, quand on opère par les procédés usuels (ostéotomies juxta-pubiennes).

2° Les plus communes, celles du vagin, se produisent en effet chez les Ipares dans la proportion effrayante de 45 %.

3° La cause essentielle de ces déchirures (que la rigidité des tissus favorise chez les primipares, mais qui se rencontrent aussi chez les multipares), réside dans la proximité trop grande du trait de scie, par rapport à la symphyse pubienne.

4° La section osseuse que préconise M. le D^r DE BOVIS, reportant le trait de scie en dehors et élargissant le soutien antérieur osseux, supprime cette cause de déchirures et de ce fait pare à l'un des principaux dangers de la pubiotomie. Elle est donc à recommander chez les multipares, mais surtout chez les primipares.

5° Avec la technique de M. DE BOVIS, *la primiparité cesse d'être une contre-indication*. Elle ne sera plus un motif de préférer la césarienne à la section du pubis, quand il y aura hésitation entre ces deux opérations. *Les primipares pourront, à l'avenir, comme les multipares, prétendre aux bénéfices de la pubiotomie.*

Observations

OBSERVATIONS DE PUBIOTOMIE CHEZ DES IPARES

Recueillies à la Maternité de Reims dans le service
de M. le professeur de Bovis

OBSERVATION I (Inédite)

Estelle¹ C..., âgée de 19 ans, tisseuse, entre à la Maternité le 7 avril 1908.

Ipare. Parents vivants, bien portants ; cinq frères et sœurs ; les couches et suites de couches de sa mère ont toujours été normales. Pas d'antécédents personnels pathologiques, sauf une fluxion de poitrine à l'âge de 7 ans et une hernie dont elle a été opérée avec succès. Réglée à 14 ans ; depuis, règles régulières, mais douloureuses. Pertes blanches avant et pendant sa grossesse.

Grossesse actuelle. Les dernières règles sont du 12 juillet 1907, moins abondantes que d'ordinaire. Mouvements fœtaux ressentis pour la première fois à la fin de novem-

bre. La grossesse a été normale sauf quelques vomissements et maux de tête. L'examen des urines n'a jamais révélé d'albumine.

A l'inspection générale, la parturiente, de petite taille, paraît cependant de bonne constitution. Quelques varices aux membres inférieurs.

Elle entre à la salle de travail, le 26 avril 1908, à 10 heures du soir. A ce moment : l'abdomen est volumineux ; le fond de l'utérus remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. Au palper, on trouve le dos à gauche ; en bas, l'extrémité céphalique encore mobile et non engagée. Les bruits du cœur fœtal s'entendent au maximum sur une ligne allant de l'ombilic à l'éminence ilio-pectinée gauche.

Au toucher, le promontoire est accessible au loin ; diamètre promonto-sous-pubien d'environ 10 cent.

La dilatation du col est de un centimètre.

A 3 heures du matin, la dilatation est de 3 centimètres, le pouls à 93, la température de 37° 6.

A 5 heures, la dilatation n'est que de 4 centimètres.

M. le Dr de Bovis qui examine la parturiente à 9 heures, constate le défaut d'engagement de la tête fœtale, pense qu'étant donné le rétrécissement du bassin, le forceps serait insuffisant et décide de pratiquer une pubiotomie.

La femme, en position obstétricale est anesthésiée, on fait deux incisions longues chacune d'environ 4 à 5 cent., l'une parallèle à la branche ascendante de l'ischion et l'autre sur le bord supérieur du pubis ; elles portent sur tous les tissus y compris le périoste. On rugine, puis on passe le fil-scie. La section faite, il se produit un écart d'environ un centimètre. Deux aides soutiennent les hanches ; application du forceps et tractions lentes. L'enfant naît en état d'asphyxie bleue, cyanosé ; des soins appropriés le raniment ; il pèse 3 kil. 150 gr.

La délivrance, naturelle et complète, a lieu une demi-heure après l'accouchement. Poids du placenta 430 gr. Les membranes sont rompues à 4 cent. du bord.

L'examen pratiqué après la délivrance ne permet de constater aucune déchirure ; le vagin et la vulve sont intacts. On suture les plaies cutanées.

Les suites de couches ont été bonnes ; cette femme a seulement présenté un soir, une élévation rapide de température à 39° 5, mais le lendemain, celle-ci était redevenue normale et le 25 mai, la femme sortait bien portante de la Maternité.

OBSERVATION II (Inédite)

Catherine S..., 27 ans, ménagère, entre le 27 juillet 1909, à la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Reims.

Ipare. Père vivant et bien portant. Mère morte bacillaire à 40 ans, après avoir eu six enfants, dont trois sont morts de méningite.

A marché à deux ans et demi, rougeole, coqueluche, plusieurs jaunisses. Premières règles à 17 ans ; depuis, ses règles ont été irrégulières, douloureuses, peu abondantes.

Grossesse actuelle. Dernières règles le 26 septembre 1908. Cette date et le volume de l'utérus permettent d'affirmer qu'elle est à terme.

Rien à signaler de particulier pendant la grossesse, sauf la perception des mouvements actifs le 7 février pour la première fois.

A l'examen, le 28 juillet, on constate que la parturiente est petite, mais sans vice apparent de conformation. Abdomen volumineux et très tendu. Dos à gauche, tête en bas, non engagée.

Les battements du cœur fœtal ont leur maximum à gauche de la ligne médiane.

Les urines sont légèrement albumineuses.

Au toucher, on trouve un col effacé ; la tête fœtale est encore élevée ; le doigt arrive sur le promontoire. Diam. promonto-sous-pubien 9 cent. environ.

La femme entre à la salle de travail le 28 juillet. A 9 heures du matin, la poche des eaux bombe fortement ; la dilatation du col est de 4 cent.

A midi, la poche des eaux se rompt ; la tête ne s'engage pas et déborde toujours le détroit supérieur. Le liquide amniotique s'écoule fortement teinté de méconium.

A 3 heures du soir, M. de Bovis pratique la pubiotomie, puis fait une application de forceps au détroit supérieur. (La technique opératoire est la même que celle que nous avons décrite dans le cours de notre thèse et, en résumé, dans la précédente observation, nous ne nous répétons donc pas). L'hémorragie à la section a été insignifiante.

L'enfant, extrait au forceps est une fille vivante du poids de 3 kil. 400, bien constituée.

Aucune lésion des parties molles.

Délivrance artificielle à 3 h. $\frac{1}{2}$. Les annexes ne présentent rien de particulier. Suture des incisions.

Les suites de couches ont été remarquablement bénignes et la femme a quitté la Maternité le 22 août.

A noter que cette femme subit en 1910 une seconde pubiotomie avec succès ; en 1912, une césarienne suprasymphysaire (opération de Latzko).

OBSERVATION III (inédite)

Taïga B..., juive polonaise, âgée de 30 ans, entre à la Maternité de Reims le 11 février 1911.

Ipare. Père et mère morts respectivement à 56 et 38 ans, elle ne sait de quoi. A sept frères et sœurs bien portants. N'a jamais été malade.

Ignore la date de ses premières et de ses dernières règles.

Grossesse normale, pas d'albumine. Rien de particulier dans l'habitus extérieur, sauf petitesse de taille.

Le 11 février, à l'examen obstétrical, on trouve l'abdomen volumineux, tendu, atteignant presque l'appendice xyphoïde (le diagnostic d'hydramnios avait été posé). Le palper démontre la présence du dos à droite de la ligne médiane ; la tête est en bas, mobile encore.

L'auscultation a son maximum à droite de la ligne médiane est assez en arrière.

Au toucher, le col est encore fermé. Le diamètre sous-promonto-pubien mesure 9 c. 5.

La poche des eaux se rompt spontanément dans la nuit, du 11 au 12.

Le 12 à 3 heures du matin, la dilatation est de un centimètre ; à 11 heures du soir, elle n'est encore que de deux à trois centimètres.

Le 13, à 9 heures du matin, devant cette dilatation stationnaire et le défaut d'engagement de la tête, M. de Bovis pratique la pubiotomie.

Aussitôt la section, il se produit un écart des fragments ; la tête s'engage légèrement. On fait une application de forceps.

L'enfant naît en état de mort apparente, cyanosé : Aspiration des mucosités avec l'insufflateur de Ribemont-Dessaignes, respiration artificielle, compresses chaudes et bains chauds et froids. On parvient à le ranimer. Poids : 3.100 grammes.

La délivrance naturelle et complète a lieu à 10 h. $\frac{1}{2}$. Cordon grêle, 60 centimètres ; placenta, 700 grammes. Le liquide amniotique avait coulé très abondamment.

Après la délivrance et la suture des incisions, la femme perd du sang, l'utérus surdistendu tout à l'heure revenant mal sur lui-même : Piqûre d'ergotine. Compression de l'aorte. Caféine, éther, sérum artificiel.

A part cette hémorragie que l'hydramnios explique, on n'a à regretter aucun accident concernant la femme, aucune déchirure.

Suites de couches bonnes. La température, après être restée au-dessous de 38° les premiers jours, a atteint le 6^e jour 39°2, mais dès le 12^e elle était revenue à la normale et s'y maintenait dans la suite.

La femme sortait le 12 mars, bien portante, de la Maternité.

OBSERVATON IV (Inédite)

Henriette A., 19 ans, entre à la Maternité le 8 mai 1912, à 8 heures du soir.

Ipare. Père mort, mère bien portante a eu 5 enfants, tous vivants.

Pas d'antécédents personnels pathologiques.

Réglée à 14 ans. Règles irrégulières, abondantes, peu douloureuses. Petite, bien constituée.

Grossesse actuelle. Dernières règles, 15 août 1911, mais elle a perdu moins que d'habitude. A senti remuer pour la première fois à la fin de décembre.

Sa grossesse s'est passée normalement.

A l'examen, l'utérus remonte à trois travers de doigt de l'appendice xyphoïde.

Le dos est à gauche, la tête en bas et légèrement engagée. Membres facilement perceptibles à droite.

Le maximum des bruits du cœur se trouve sur une ligne allant de l'ombilic à l'éminence iliopectinée gauche.

Le toucher permet de percevoir le sommet au début de l'engagement ; on n'arrive pas sur le promontoire et le diamètre antéro-postérieur ne paraît pas sensiblement moindre qu'à l'état normal.

On a affaire ici à un bassin d'un type analogue au bassin en entonnoir des cyphotiques, dans lequel la présentation s'engage, mais ne progresse pas facilement. Le col est entr'ouvert, les membranes intactes.

Cette femme entre à la salle de travail le 9 mai 1912 à deux heures du matin avec une dilatation de deux à trois centimètres. A 8 heures du soir, la dilatation n'est encore que de trois à quatre centimètres. A 6 heures du matin, le 10 mai, de quatre à cinq centimètres.

A midi, le 10 mai, la poche des eaux se rompt. A 4 heures du soir, M. le Dr de Bovis pratique une pubiotomie. L'engagement s'accroît aussitôt la section du pubis ; une application de forceps dans l'excavation permet d'extraire un enfant du sexe masculin, pesant 3 kgs 050 gr.

Il naît en état de mort apparente, mais est ranimé par des soins appropriés.

Délivrance naturelle et complète $\frac{1}{2}$ heure après l'accouchement. Poids du placenta : 450 gr. Cordon très court, 25 centimètres.

Aucun accident à déplorer concernant la femme, pas de déchirure.

Les suites de couches ont été bonnes ; la température n'a pas dépassé 38°7.

Le 17 mai, M. de Bovis enlève les fils, la température est normale.

La femme sort de la Maternité trois semaines après l'opération.

Bibliographie

- AUDEBERT et GILLES. — *Bulletin de la Société d'Ostétrique*, 1907.
- BAISCH. — Gebürten nach früheren beckenerweiternden Operationen (*Beiträge zu Geburtsh. u. Gynäk.*, 1907. XI).
- P. BAR. — *Leçons de Pathologie Obstétricale. Presse Médicale*, 1902 et 1905.
- BAR et GUÉNIOT. — Art. « Pubiotomie », dans la *Pratique de l'art des accouchements*.
- BAUMM. — Erfahrungen über die Pubiotomie. (*Monatssch. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, avril 1907).
- BERNY. — La Pubiotomie en France au 31 décembre 1906. *Th. de Toulouse*, 1907.
- BERTINO. — *Ginecologia*, 1907.
- DE BOVIS. — De l'Ostéotomie pubienne par la méthode de Gigli (*Semaine Médicale*, 1904). Comment exécuter une pubiotomie ? (*Sem. Médicale*, 1909). De la technique de la pubiotomie (*l'Obstétrique*, 1911).
- BRANDT. — *Zentralblatt*, 1910-2.
- BUÉ. — *Le Nord Médical*, mai 1906.

- BUMM. — Précis d'Obstétrique en 28 leçons (Edit. française), 1912.
- BÜRGER. — Beitrag zur Hebesteotomiefrage. (*Gynäk. Rundschau*, 1907).
- CANTON. — Primera serie de 24 casos de pubiotomia (*Arch. de Ginecop.* — Barcelone, 1909).
- VAN CAUVENBERGHE. — Elargissement du bassin par la pubiotomie (*Obstétrique*, 1905).
- COMMANDEUR. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique*, 1909.
- COMPTE-RENDU du VI^e Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie (Toulouse, 22-27 sept. 10).
- DÖDERLEIN. — Zür Hebotomiefrage (*Zentralblatt für Gynäk.*, 1906).
- Ueber alte und neue bechenerweiternde operationen. (*Arch. für Gynäk.*, 1904, t. 72).
- FABRE. — Précis d'obstétrique, Paris, 1910. *Bulletin de la Soc. d'Obstét.*, 1910.
- FARABEUF. — Ischio-pubiotomie (*Annales de Gynécol. et d'Obstétrique*, Paris 1892).
- FERRONI. — Considerazioni su cinque casi di pubiotomia (*Annali di Ost. e Gin.*, 1908).
- FREUND. — Völlig extraperitoneale Kaiserschnitte (*Zentralbl. für Gynäk.*, avril 1908).
- GIGLI. — Iprimi, 15 casi di taglio lateralizzato del pube (*Annali di Ost. e Gin.*, 1904).
- La section latérale du pubis appréciée d'après les résultats fournis par 90 observations. (*Presse Médicale*, 1905).

GRONÉ. — *Hygiea*, sept. 09, analysé in « *l'Obstétrique*, 1910.

GUÉNIOT. — La Pubiotomie ou opération de Gigli. (*Revue pratique d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1907).

GUICCIARDI. — Taglio latéralizzato del pube in donna primipara (*Ginecologia*, 1906).

HENKEL. — Ueber die Pubiotomie (*Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäk.*, 1906).

HOCHSEISEN. — Klinische und radiologische Betrachtungen über 16 Pubiotomien mit der Nadel. (*Arch. für Gynäkol.*, 1906, t. 80).

HOLLANDER. — A propos de 5 cas d'hébotomie (*l'Obstétrique*, Paris 1910).

JEANNIN. — Hébotomie ou symphyséotomie (*Presse Médicale*, 1908).

— Valeur comparative des divers procédés d'hébotomie (*Presse Médicale*, 1909).

JEANNIN et CATHALA. — Pronostic et indications de l'hébotomie (*l'Obstétrique*, Paris 1908).

KANNEGIESSER. — Beitrag zur Hebomotomie auf Grund von 21 Fällen. (*Arch. für Gynäkol.*, 1906, t. 78, et *Se-maine Médic.* 1906, p. 317).

KARAKI. — Beitrag zur Hebesteotomie (*Beiträge zu Geburtsh. u. Gynäkol.*, 1908, XII).

KRÖMER. — Die Erfahrungen der Universitäts-Frauenklinik an der kgl. Charité über die Pubiotomie (*Berlin. klin. Wochensch.*, Juin 1908, et *Se-maine Médicale*, 1908).

- LANGE. — Mitteilungen über Pubiotomie (*Monatsch. für Geburtsh. u. Gynäk.* — Juin 1909).
- LEOPOLD. — *Zentralblatt für Gynäk.* (Nov. 1904).
- MACÉ. — Opération de Gigli (*Soc. d'Obstétrique de Paris*, 1908).
- MANN. — Zür Hernienbildung. nach Héboſteotomie (*Zentralblatt für Gynäk.*, Nov. 1907).
- MARTEL. — Compté-rendu du Congrès de Toulouse, communiqué. sur le décubitus latéral dans la pubiotomie (*Obstétr.*, 1910).
- MARTIN. — Zur Pubiotomie. (*Monatsch. für Geburtsh. u. Gyn.*, mai 1907).
- MOUCHOTTE. — Remarques concernant une série de 12 opérat. césariennes conservatrices (*Ann. de Gyn.*, 1908).
- NEBESKY. — Die aetiologische des Uterovaginalprolapses; eine klinisch-anatomische Studie. (*Arch. für Gynäk.*, 1909, t. 87 et *Sem. Médicale*, 1909).
- NEU. — Hernia pubica... (*Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäk.*, mars 1908).
- NOTES obstétricales. — Attitude à donner pendant et après l'opération de la pubiotomie. (*Semaine Médicale*. Fév. 1911).
- OLIVA. — Il taglio lateralizzato del pube alla Gigli. (*Ginecologia*, 1908).
- PALADINI. — *Ginecologia*, 1907.
- POIRIER et CHARPY. — Traité d'Anatomie humaine, Paris 1901.

PORAK. — *Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris*, 1905 et 06.

PUECH. — *La Province Médicale*, 9 juin 1906.

RECASENS. — *Archiv. de Ginecop.*, 1910.

REIFFERSCHIED. — Erster Fall von späterer Geburt nach subkutaner Pubiotomie (*Zentralblatt für Gynäk.*, mai 1906).

RESINELLI. — *Ginecologia*, 1905 et 1907.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'Obstétrique, 1904, 6^e édit.

SALADINO. — Il taglio lateralizzato del pube in donna primipara (*Ginecologia*, juin 1906).

TANDLER. — Zur Anatomie des Lateralschnittes (*Zentr. Bl. f. Gynäk.*, juillet 1905).

TOTH. — Geburt einer vorher Pubiotomisierten. (*Zentr. Bl. f. Gynäk.*, décembre 1908).

TROTTA. — Tre casi di pubiotomia. (*Archivio di Ostetricia e Ginecologia*, 1906).

VAN DE VELDE. — Zur hebotomie. (*Zentralbl. f. Gyn.*, juillet 1904).

VANVERTS et PAUCOT. — Pubiotomie latérale. (*Echo Médical du Nord*, Lille, 1909).

VOGUET. — De la section latérale du pubis, dite opération de Gigli. (*Thèse de Paris*, 1906).

WALCHER. — Zur Technik der Hebotomie. (*Zentralblatt für Gyn.*, juillet 1907).

YUNG. — Zür indikationstellung und Technik für den klassischen und extraperitonealen Kaiserschnitt und für die Hebosteotomie. (*Munch. med. Wochenschr.*, avril-mai 1907).
